UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 39

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES COMPLICATIONS URINAIRES DE L'APPENDICITE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Février 1913

PAR

Henri ARNAL

Né à Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), le 26 juillet 1888

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	VIRES, Professeur, *Président.* GRANEL, Professeur. SOUBEYRAN, Agrégé EUZIÈRE, Agrégé	*Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

LES COMPLICATIONS URINAIRES DE L'APPENDICITE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 39

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES COMPLICATIONS URINAIRES DE L'APPENDICITE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

ACAD. LUGD.BAT. BIBL.

Le 26 Février 1913

PAR

Henri ARNAL

Né à Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), le 26 juillet 1888

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	VIRES, Professeur, *Président.*	
	GRANEL, Professeur.	
	SOUBEYRAN, Agrégé	*Assesseurs*
	EUZIÈRE, Agrégé	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✲)	DOYEN.
	SARDA	ASSESSEUR.
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O. ✲).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. d. f.).

Examinateurs de la thèse :

MM. VIRES, *Président.*	MM. SOUBEYRAN, *Agrégé.*
GRANEL, *Professeur.*	EUZIÈRE, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

EMMANUEL GATUMEAU

ANCIEN PROSCRIT DE 1852

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR HENRI ARNAL

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

H. ARNAL.

A MA SŒUR ANITA

A MA TANTE FANNY GATUMEAU

A MES COUSINS

H. ARNAL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

H. ARNAL.

A MES CHEFS ET CAMARADES
DU 81e RÉGIMENT D'INFANTERIE

MEIS ET AMICIS

H. ARNAL.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, nous croirions manquer à un devoir si les premiers mots de ce modeste travail n'étaient pas pour adresser l'hommage de notre reconnaissance à tous ceux qui nous ont guidé ou aidé au cours de ces études.

Nos remerciements iront d'abord à tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Montpellier. C'est à eux que nous devons toutes les connaissances médicales que nous possédons.

Nous sommes heureux de témoigner toute notre gratitude envers M. le professeur Vires, qui en acceptant la présidence de notre thèse a voulu nous donner une preuve de plus de la bienveillance avec laquelle il n'a cessé de nous acceuillir pendant toute la durée de nos études.

Nous remercions vivement M. le professeur Soubeyran, qui a bien voulu nous guider dans le choix et l'exécution de ce modeste travail, et M. le docteur Desmonts, qui a

eu l'amabilité de nous transmettre une partie de notre seconde observation.

Nous n'oublierons pas dans nos remerciements notre chef de service, M. le médecin-major de 1re classe Barrière, qui nous a facilité avec bienveillance notre tâche, en allégeant notre service au régiment pendant l'exécution de cette thèse.

LES

COMPLICATIONS URINAIRES

DE L'APPENDICITE

HISTORIQUE

Pendant longtemps, les accidents locaux et généraux que nous décrivons aujourd'hui sous le nom d'appendicite ont été attribués à l'inflammation limitée du cæcum, à la typhlite, ainsi nommée par le professeur Albers, de Bonn, en 1838. Avant lui, Ménière, dans les *Archives de médecine* de 1820, avait décrit « des tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque droite ». En 1827, Mélier avait affirmé nettement le rôle des lésions appendiculaires dans la production de ces accidents, mais il a fallu un demi-siècle pour que cette notion des lésions initiales de l'appendice se substitue à celles de la typhlite.

Cependant, dès cette époque, des complications urinaires ont été notées au cours de cette affection. Ménière publie l'observation d'un garçon de onze ans atteint

d'un phlegmon de la fosse iliaque droite dont le pus s'écoula à la fois par la paroi abdominale, par le rectum et par la vessie ; il cite également le cas d'un porteur d'eau de vingt ans dont le phlegmon disparut par suite du rejet de pus par l'anus et dans les urines.

Johnson, dans la *Medico-chirurgical Review* (1837), décrit une autopsie dans laquelle la vessie était en communication avec le cæcum par un trajet sinueux.

Sédillot, en 1841, relate l'observation d'un malade chez lequel la vessie communiquait par une ouverture étroite avec un abcès situé autour d'un cæcum ulcéré.

Kingdon, Sulzer, Reuling, Münnich, Goode, Krakowiser, Rochester rapportent des cas de fistules intestino-vésicales, qui semblent bien liées à une lésion d'origine appendiculaire.

Balzer, en 1879, remarqua de la dysurie dans une périty phlite.

En 1886, Réginald Fitz, de Boston, nie l'existence de la typhlite et de la périty phlite, et rapporte à l'appendice vermiforme les lésions que l'on attribuait à ces deux maladies. A partir de ce moment, les observations notant des complications urinaires au cours de l'appendicite deviennent plus nombreuses. Roux, Hallé, Brun, Gangolphe, Schwartz, Poncet, Fowler, Guinard en publient quelques-unes.

Vendoff étudie les abcès appendiculaires ouverts dans la vessie (Thèse de Lyon, 1898).

Damien-Masson (Paris, 1898) fait une étude d'ensemble de la question.

Person (Thèse de Paris, 1906) s'occupe des fistules appendiculo-vésicales, et Caillet (1912), des complications vésicales au cours de l'appendicite.

En 1911 et 1912, notre maître M. le professeur Sou-

beyran eut l'occasion d'opérer deux malades atteints d'appendicite qui, au cours de leur maladie, présentèrent des phénomènes urinaires très marqués, notamment au niveau de l'uretère droit. M. le professeur Soubeyran ayant eu l'obligeance de nous communiquer les observations de ces malades, il nous a paru intéressant de les rapprocher de celles déjà publiées auparavant et de passer en revue les principales complications urinaires qui peuvent se présenter au cours de l'évolution d'une appendicite.

OBSERVATIONS

Observation I

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran)

Appendicite avec retentissement hépatique et urinaire.

G... Gabriel, 18 ans, cultivateur à Marsillargues, entré à l'Hôpital Suburbain le 16 septembre 1911 pour douleurs abdominales. Début le 12 septembre par vomissements et coliques brusques et très forts pris pour une indigestion.

Le lendemain, douleurs très aiguës dans la région lombaire droite et la fosse iliaque droite ; les vomissements cessent ; il n'y a pas de fièvre. Le malade a été vu par le docteur Beis.

A la palpation, le docteur Beis constata à ce moment-là une tuméfaction au niveau du rein droit, très sensible et très douloureux, sous les fausses côtes et en arrière. Cependant le point de Mac Burney devient aussi très douloureux à la moindre pression et l'on constate un très

large empâtement de cette région (hypocondre droit et fosse iliaque droite). On appliqua de la glace.

Le second jour, on constata que les urines du malade étaient hémorragiques. Pouls rapide (110). Le malade est envoyé à l'hôpital.

Examen local (16 septembre 1911). — Région appendiculaire très douloureuse, empâtée, et cet empâtement arrive jusqu'au niveau du rein droit. Le point de Mac Burney est très sensible ; le point de Lanz particulièrement douloureux ; le foie est gras et douloureux. Le rein ne paraît pas augmenté de volume.

Les urines sont hémorragiques. Pas de fréquence ni de douleur de la miction. Pas de température. On porte le diagnostic d'appendicite. Diète absolue et glace sur le ventre.

Le 19 septembre 1911, le foie est diminué de volume, la région appendiculaire moins tendue, les urines moins hémorragiques.

Opération (30 septembre 1911). — Incision de Roux. Le cæcum et l'intestin grêle sont fort congestionnés et présentent de nombreuses adhérences. L'appendice, long, descend vers la vessie. Son extrémité inférieure est gangrenée, noirâtre et plonge dans un abcès contenant une cuillerée à soupe de pus. Drainage.

Guérison un mois après.

Observation II

(Inédite)

(Due à l'obligeance de MM. le professeur Soubeyran et le docteur Desmonts.)

M..., âgé de 31 ans, est envoyé au docteur Desmonts par M. le professeur Soubeyran. Depuis quatre ou cinq ans, ce malade souffre du côté droit et a des urines troubles d'une façon inconstante. Le faisant préciser sur le siège de la douleur, le malade indique un point dans la région paraombilicale. Ce malade n'a jamais eu d'hématuries. La douleur n'est pas augmentée quand il va en voiture, ni par la fatigue; elle procède plutôt par crises qui correspondent à des périodes de constipation. Le malade ne signale rien de particulier, ni comme antécédents personnels, ni comme antécédents héréditaires.

Examen. — Pas de points douloureux à gauche. A droite, les points de Mac Burney et de Lanz sont douloureux, ainsi que le point urétéral supérieur de Bazy. Pas de point urétéral inférieur, ni de point sous-costal. On ne peut sentir le rein à la palpation et on ne provoque ainsi aucune douleur.

Examen des urines. — Le trouble est surtout dû aux phosphates et on ne trouve que quelques rares leucocytes.

Le 31, le docteur Desmonts pratique une cystoscopie. D'une façon générale, la muqueuse est saine et présente son aspect habituel, sauf au niveau du col où elle est

dépolie, congestionnée et légèrement infiltrée. L'orifice urétéral gauche est punctiforme ; le droit a l'aspect d'une petite fente et, autour de lui, la muqueuse est peut-être un peu plus vascularisée. L'éjaculation urétérale se fait bien des deux côtés. Elle est pourtant un peu moins régulière à droite.

Estimant qu'en dehors de la cervico-cystite les troubles urinaires que présente le malade peuvent être provoqués par l'inflammation de son appendice, M. le docteur Desmonts lui conseille de se faire opérer de l'appendicite.

Opération (pratiquée le 24 août 1912 par M. le professeur Soubeyran). — Incision de Jalaguier. L'épiploon est un peu rouge, congestionné ; la vascularisation du cæcum est très accentuée. L'appendice, très long, mesure 12 à 15 centimètres. Enfouissement du moignon. Mésoappendice très gras. Suture à trois plans. Suites opératoires normales.

Pièces anatomiques. — Appendice extérieurement peu vasculaire. A l'intérieur, après section, on trouve des matières fécales ; pas de corps étrangers ; un grand nombre de points violacés et sombres de folliculite à la partie moyenne principalement.

Le malade a été revu à plusieurs reprises. Il n'a plus ressenti le moindre trouble.

Observation III

(M. le professeur Soubeyran, *in* Gassend, Thèse Montpellier, 1908.)

Le 13 septembre 1902, je fus prié par M. Imbert, professeur agrégé, remplaçant le professeur Forgue, d'aller d'urgence dans l'après-midi opérer un malade qui avait reçu un traumatisme abdominal et chez lequel on craignait des lésions viscérales.

Histoire du malade. — Il s'agissait d'un infirmier jouissant jusqu'alors d'une bonne santé et n'ayant jamais souffert du ventre, qui la veille, le 12 septembre, en se battant avec un de ses collègues, avait heurté avec assez de force une table dont le rebord avait porté au niveau du flanc droit, occasionnant ainsi une contusion qui se traduisit par une assez vive douleur.

A la suite de cet accident, le malade aurait dans la soirée uriné du sang, fait qu'il nous fut impossible de vérifier ; mais l'abdomen ne tarda pas à se gonfler, et des vomissements apparurent dans la nuit.

Examen du malade. — Au moment où nous arrivons à l'hôpital, nous trouvons le malade avec facies cerné et tiré ; la langue est sèche, l'intelligence intacte, les réponses sont précises ; la température 37°5, le pouls 140; il est petit et mal frappé.

Le malade se plaint de douleurs généralisées à tout l'abdomen, mais siégeant surtout dans la fosse iliaque droite : il a des vomissements verdâtres très fréquents.

L'abdomen est ballonné, tendu, lisse, sillonné de vei-

nes. La palpation du ventre est assez bien supportée par le malade et la douleur est surtout nette dans la fosse iliaque droite et dans l'hypocondre droit ; la percussion donne de la matité partout ; la région du rein droit ne nous révèle aucun signe.

Diagnostic. — En raison de la notion de traumatisme du flanc droit et de la présence (non vérifiée) de sang dans les veines, nous pensons à une contusion de l'abdomen, ayant peut-être touché le rein ; mais, de plus, des signes évidents de péritonite suraiguë nous font admettre à coup sûr qu'il existe des lésions du côté du viscère intestinal.

Opération (13 septembre 1903). — Malgré l'état très alarmant du malade, nous décidons aussitôt d'intervenir, aidé par MM. Riche et Rimbaud.

Le malade est anesthésié, et nous pratiquons la laparotomie sous-ombilicale. Dès que le péritoine est incisé il s'écoule un liquide d'odeur infecte, peu abondant, fécaloïde, et l'on pense aussitôt que l'idée de perforation intestinale est confirmée. Les anses intestinales sont distendues, énormes, rouges et enflammées, font irruption de l'abdomen et l'on a grand'peine à les contenir.

En se dirigeant vers la région iléo-cæcale on s'aperçoit qu'à ce niveau les lésions sont maxima ; il existe des fausses membranes nombreuses, l'intestin est violacé et de plus en plus vascularisé avec, par places, des points ecchymotiques : le cæcum renferme des matières dures. Mais c'est l'appendice qui, à notre grand étonnement, présente des lésions importantes et qui donnent la clef de tous ces désordres : il est court, volumineux, gonflé, enflammé et porte deux perforations assez vastes (volume d'un pois), l'une près le sommet, l'autre à sa partie

moyenne. Cet appendice est réséqué, le moignon est thermocautérisé et enfoui.

Le rein est palpé, il est intact ; enfin il existe des ganglions mésentériques très volumineux, indice de l'intensité de l'infection appendiculaire et probablement des lésions antérieures de l'appendice.

Les autres parties du gros intestin et de l'intestin grêle sont reconnues intactes. L'épiploon, purulent et grisâtre, est réséqué. L'intestin est péniblement réduit et l'on ferme rapidement le ventre.

Suites. — Le malade continue à vomir : il reste hypothermique ; le soir, le pouls monte à 180 ; le sérum, la caféine, l'éther sont sans aucun résultat. Il reprend cependant connaissance, mais la septicémie péritonéale continue son œuvre, il meurt dans la nuit.

Observation IV

(Résumée)

(Roux. — Revue de la Suisse Romande, 1870)

Appendicite suppurée. — Incision de la poche purulente. — Les phénomènes inflammatoires ne s'amendent pas. — Symptômes de pyélite et de cystite par ouverture de l'abcès dans les voies urinaires. — Sable dans les urines.

Il s'agit d'une malade, Mme H..., âgée de 60 ans, qui, depuis 1880, a eu plusieurs crises de périty phlite.

Le 5 avril 1886, pendant une crise, elle ressent une douleur moite et violente dans la région cæcale qui s'é-

tend de l'épigastre au nombril. Ballonnement. Pouls à 120. On pense à une perforation.

Opération. — Sans narcose. Incision oblique. Beaucoup de pus. Adhérences. Drainage. Morphine, le soir. Pouls, 130. Ballonnement.

Le 12, ballonnement énorme, semble ad exitum. Dans la nuit, dégagement subit après « pétarade horriblement puante ». Ventre souple, indolore, sauf au moment des flatus.

Dans la nuit du 18 au 19, crise aiguë de cystite, urine trouble, alcaline, avec quantité de streptocoques sans albumine.

Le 26, la fistule est fermée.

Le 21 juin, douleurs rénales à droite, après un bien-être de plusieurs jours. Symptômes de cystite et de pyélite.

Le 24 juillet, accès de cholélithiase. T. 40°. Pouls, 144. Ictère, selles décolorées.

En août, sable fin dans l'urine.

En octobre, la malade va mieux.

A la fin de l'année, guérison relative.

En somme, malade chez laquelle l'intervention tardive est arrivée lorsqu'une communication avec les voies urinaires était sur le point de se former et n'a pas empêché celle-ci d'avoir lieu. La cholélithiase paraît une conséquence éloignée de la pyélite.

Observation V

(Résumée)

(Le Filiâtre. — Société anatomique de Paris, 1900)

Dysurie ancienne. — Appendicite. — Opération. — Disparition des troubles urinaires.

Il s'agit d'un instituteur, âgé de 40 ans, qui, depuis 12 ans, présentait par intermittence de la difficulté pour uriner. Doit se faire sonder à plusieurs reprises. Ne peut uriner que dans la position verticale.

Trois semaines avant l'opération, le malade est pris de phénomènes péritonéaux. Glace sur le ventre. Sondé matin et soir. Pouls, 120 au début, 90 au huitième jour.

21 jours après le début : Point douloureux sur le milieu de la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque avec irradiation du côté du pubis. Défense de la paroi.

Intervention le lendemain. Appendice long, tendu comme une corde entre le cæcum et la vessie. Le cæcum adhère fortement à la fosse iliaque. L'appendice est fixé à la vessie par une sorte de méso. Résection au thermocautère. Enfouissement du moignon dans le cæcum. Appendice présente trois abcès, tous au niveau de la vessie. Ces trois abcès renferment chacun un calcul stercoral.

On sonde le malade pendant les quatre premiers jours, et le cinquième il peut uriner dans la position couchée, ce qu'il n'avait pu faire depuis douze ans.

Observation VI

(Résumée)

(Gerster. — *The Boston med. and. surg. Journal*, 1888)

Appendicite. — Double abcès, iliaque et prévésical. — Pollakiurie. Opération. — Guérison.

Jeune homme de 16 ans, constipé d'habitude et sujet aux coliques. En août 1878, après une colique violente, le docteur Weis diagnostique appendicite.

6 septembre. T. 104° (Fahrenheit), gonflement dans la fosse iliaque droite. Le 10 septembre, ce gonflement s'étendait jusqu'à la ligne médiane de l'abdomen.

De fréquentes envies d'uriner ennuyaient le malade.

Opération. — Fascia transversalis infiltré et très adhérent.

Ponction exploratrice amène du pus ; incision ; évacuation considérable. L'index sent un prolongement sinueux qui se dirige vers la ligne médiane, se rattachant à une collection purulente qui occupe l'espace prévésical. Drainage.

20 septembre. — Drains déplacés. Difficulté à remettre en place. Nouvelle rétention, fièvre, douleur.

10 octobre. — Guérison.

Observation VII

(Résumée)

(Pauchet, *in* Béra, thèse Paris, 1900)

Péri-appendicite. — Incision iliaque droite. — Abcès secondaire à gauche. Nouvelle incision. — Accidents de cystite purulente. — Guérison.

Alice L..., 4 ans. Deuxième crise appendiculaire en décembre 1898. Ballonnement. Vomissements fécaloïdes ; pouls 130, température 39°5.

Opération (le 9 décembre). — Incision iliaque droite. Pus fétide. Drainage. Pas de recherche du vermium.

3 janvier 1899. — Amélioration pendant 4 à 5 jours, puis température 39°5. Douleur vive au palper à gauche.

9 janvier. — On agrandit la première incision. Enorme abcès à gauche et dans le petit bassin. Drainage.

10 janvier. — Etat général amélioré. Douleurs pendant la miction et chaque fois que des gaz circulent dans l'intestin.

20 janvier 1899. —Douleurs atroces en urinant. Urine purulente. Laparotomie. Décollement de la vessie. Drainage rétrovésical et sus-pubien. Lavages de la vessie deux fois par jour.

Janvier 1900. — N'a plus rien jamais eu.

Observation VIII

(Ménière. — *Arch. de méd.*, 1828)

Tumeur phlegmoneuse de la fosse iliaque droite. — Symptômes gastro-intestinaux. — Ténesme. — Fistules intestinale et vésicale. — Guérison.

X..., porteur d'eau. Assez faible. Ecart de régime qui donne lieu, en août 1827, à des nausées, des coliques et une diarrhée abondante qui dure 12 jours. Constipation pendant trois jours et bientôt symptômes gastriques, ténesme très douloureux. La fosse iliaque droite est le sujet d'un gonflement avec des élancements. Saignée de bras, sangsues.

Le 17e jour, le malade entre à l'Hôtel-Dieu.

La tumeur a le volume de deux poings, et le pus est rejeté au dehors de l'anus. En même temps les urines, jusque-là claires, déposent une grande quantité de matières blanchâtres ayant l'aspect du pus. Cette double évacuation continue quelque temps et au bout de ce temps-là le malade sort guéri.

Observation IX

(Résumée)

(Ménière. — *Arch. de méd.*, 1828)

Abcès de la fosse iliaque droite, ouvert dans la vessie, l'intestin et à l'extérieur. — Guérison.

Garçon de 11 ans qui fut soigné pour une entérite grave occasionnée par des moyens empiriques employés contre le ténia. 3 mois après la sortie de l'hôpital, on s'aperçoit de l'existence d'une tumeur ayant le volume d'une grosse orange et siégeant dans la fosse iliaque droite.

Pendant les deux mois qui suivirent, la tumeur s'accrut peu à peu. Enfin il se fit une fistule cutanée par laquelle le pus s'écoula au dehors. Quinze jours après, le pus est rejeté par les selles. Huit mois après, mucus purulent en abondance dans les urines. La cicatrice cutanée se rompt et le pus s'écoule à la fois par le rectum, par la vessie et par la paroi.

Au bout de deux mois, guérison complète.

Observation X

(Résumée)

(Johnson. — *Med.-chir. Review*, 1837.)

Cæcal ulceration. — Appendiceal abcess. — Perforated bladder. — Autopsy.

Jeune homme présentant des symptômes de phtisie pulmonaire et des phénomènes de cystite avec miction très douloureuse. On pense à une affection rénale. Mort.

Autopsie. — Tubercules dans les poumons. Reins sains. Vessie saine au premier coup d'œil ; muqueuse ni épaissie, ni enflammée : mais paroi antérieure présentant vers sa partie moyenne un orifice fistuleux ayant à peine le diamètre d'un pois. Cette ouverture communique avec la fosse iliaque droite par un trajet sinueux qui aboutit à un abcès formé en partie par le cæcum, en partie par du tissu cellulaire. Une large partie du cæcum était détruite par un travail d'ulcération considérable. La muqueuse cæcale, celle de l'iléon et de la valvule correspondante étaient profondément ulcérées.

Observation XI

(Résumée)

(Münnich. — *Monatschr. f. Geburtskunde,* 1863)

Abcès de la fosse iliaque droite. — Douleurs vésicales. — Urines muco-purulentes. — Matières fécales dans l'urine. — Guérison spontanée.

Homme d'âge moyen reçu à l'hôpital pendant l'hiver 1857-1858 avec signes d'épanchement péritonéal dans la fosse iliaque droite. Quinze jours après, douleurs dans la région vésicale. Urine muco-purulente, en même temps que diminution de l'épanchement. Odeur fécaloïde de l'urine. A l'examen microscopique, contenu intestinal dans l'urine. Fistule. Au bout de 10 jours, plus de fèces dans l'urine. Fistule cicatrisée spontanément. Urine encore purulente pendant quelque temps ; puis, 8 semaines après l'entrée du malade, guérison.

Observation XII

(Résumée)

(Sédillot. — *Ann. de chir. franç. et étrang.*, Paris, 1841)

Phlegmon appendiculaire. — Fistules vésicale. intestinale et abdominale. Mort.

Officier de chasseurs, 34 ans, entre au Val-de-Grâce en 1839 pour un abcès fistuleux de la fosse iliaque

droite. Il présente quatre orifices fistuleux qui semblent se diriger vers le cæcum. Pus avec matières fécales et gaz. Au moment des mictions, il sort de l'urine par les fistules. Malade meurt en mai 1840.

Autopsie. — Larges ulcérations du cæcum dont la muqueuse est décollée et en partie détruite. Le bas-fond de la vessie est traversé par une ouverture étroite, noirâtre, communiquant avec les foyers purulents voisins et l'abcès iliaque. Les faces antérieure, supérieure et latérales de la vessie étaient saines et la muqueuse ne présentait d'altération qu'au point ulcéré.

Observation XIII

(Résumée)

(Hallé)

Appendicite suivie de perforation vésicale. — Hématurie abondante. Mort. — Autopsie.

Femme de 56 ans. Ressent depuis cinq mois douleurs dans l'abdomen. Puis, brusquement, elle est prise d'une hématurie abondante avec caillots, qui s'arrête spontanément. Un mois après, l'hématurie reprend et persiste. Miction fréquente et douloureuse. Douleurs rénales, à droite surtout.

Au palper, on constate une tumeur qui remonte à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic, avec bosselure du côté droit débordant vers la fosse iliaque.

L'exploration de la vessie montre que l'hématurie est bien vésicale.

On diagnostique un néoplasme vésical.

Mort le 9 février 1891.

Autopsie. — Grand épiploon et appendice iléo-cæcal adhérents à la partie droite du cul-de-sac vésico-utérin. La vessie présente des lésions de cystite chronique végétante. Au centre de la paroi vésicale inférieure existent deux petites perforations arrondies, ulcérées. Vagin et utérus sains. Les perforations communiquent avec une grande cavité située entre la face postérieure de la vessie et la face antérieure de l'utérus. L'appendice iléo-cæcal fait partie de la paroi de cette cavité, qui est circonscrite par des adhérences péritonéales.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

L'inflammation de l'appendice iléo-cæcal peut retentir sur les voies urinaires, soit au niveau du rein, du bassinet, de l'uretère droit, soit au niveau de la vessie.

Le bassinet et l'uretère droits, bien que ne présentant pas de rapports immédiats avec l'appendice, n'en sont pas très distants et peuvent être atteints par l'inflammation de cet organe.

Riese a rapporté deux observations concernant, l'une un jeune homme de 13 ans, l'autre une fille de 15 ans, qui, au cours d'une appendicite, présentèrent des phénomènes de pyélo-néphrite droite caractérisés.

Chez le premier, il existait une infinité d'adhérences s'étendant autour de l'uretère droit et des vaisseaux iliaques.

Chez la seconde, il trouva l'appendice enfoui au milieu d'une masse de fausses membranes, qui comprimaient l'uretère droit, et le bassinet, très dilaté, contenait du pus.

Roux rapporte le cas d'un homme de 60 ans qui présenta des phénomènes de pyélite après ouverture d'un abcès appendiculaire au niveau du bassinet.

Kingdon a rencontré, à l'autopsie d'un garçon de 7 ans, une dilatation considérable des uretères et une hypertrophie des reins consécutives à un abcès appendiculaire.

Dans deux observations que nous avons rapportées plus haut, M. le professeur Soubeyran a rencontré des phénomènes rénaux et urétéraux d'origine appendiculaire. Dans le premier cas, le rein était le siège d'une tuméfaction et le malade présenta des hématuries.

Dans le second, le malade avait présenté des urines troubles. Le point urétéral supérieur était douloureux. A l'examen cystoscopique. pratiqué par M. le docteur Desmonts, la muqueuse vésicale était congestionnée autour de l'orifice urétéral droit.

Chez ces deux malades, l'appendice ayant été enlevé assez tôt, il ne s'est produit que des phénomènes de compression urétérale.

La vessie au contraire est complètement indépendante de l'appendice cæcal au point de vue anatomique. Mais, par suite de certaines anomalies de développement ou certains processus pathologiques, ces deux organes peuvent arriver au contact l'un de l'autre.

La vessie, malgré ses alternatives de vacuité et de réplétion, occupe une situation relativement fixe. Dans les observations que nous rapportons, sa position n'était pas modifiée. L'appendice, au contraire, est sujet à de nombreuses ectopies, et c'est lui qui va au devant de la vessie. Le vermium, adhérent au cæcum, participe d'abord aux migrations de cet organe. Celui-ci peut être situé dans la fosse iliaque droite : c'est sa situation habituelle. Mais il peut occuper un siège différent : tantôt il occupe une situation haute, lombaire, prérénale ou sous-hépatique; tantôt derrière l'ombilic au-dessus de la

symphyse pubienne ou même dans la fosse iliaque gauche ; tantôt, enfin, en situation basse, dans l'excavation pelvienne. Dans ce cas il peut atteindre la vessie.

D'autre part, l'appendice peut occuper une position variable par rapport au cæcum ; il peut être interne ou externe, antérieur ou postérieur, ascendant ou descendant. Dans ce dernier cas il peut arriver au contact du réservoir urinaire. Il peut enfin présenter une longueur plus ou moins considérable. Dans plusieurs des observations que nous rapportons, l'appendice est d'une longueur au-dessus de la normale.

Enfin, l'appendice étant situé normalement dans la fosse iliaque droite, la vessie peut être atteinte à distance par des lésions d'origine appendiculaire. Cette propagation du processus phlegmasique peut se faire soit par voie péritonéale, soit par voie extra-péritonéale.

Dans le premier cas, on peut se trouver en présence soit d'une péritonite généralisée, soit de péritonites localisées. On peut rencontrer aussi des abcès pelviens distincts des foyers appendiculaires ou des abcès pelviens continus avec des abcès iliaques.

En dehors du péritoine, l'inflammation appendiculaire peut se propager à la vessie par l'intermédiaire du tissu cellulaire sous-péritonéal. Il se forme « un phlegmon d'origine appendiculaire ». La cavité de Retzius peut s'enflammer et la vessie être lésée sans que le péritoine soit atteint. Ces phlegmons peuvent être antérieurs ou latéraux.

Quelles sont les lésions de la vessie au cours des infections périvésicales d'origine appendiculaire ?

On peut rencontrer d'abord des lésions de péricystite. C'est l'inflammation du péritoine vésical et du tissu

cellulo-conjonctif périvésical. L'inflammation peut ensuite se propager à la vessie elle-même : d'abord à la tunique la plus externe, la musculeuse. C'est alors la cystite interstitielle. Les autres tuniques peuvent à leur tour être envahies par le processus inflammatoire : on se trouve en présence d'une cystite totale. Enfin, si la cystite progresse, si les tuniques vésicales sont localement détruites par le processus phlegmasique, l'abcès périvésical communique avec le réservoir urinaire et l'on se trouve en présence d'une perforation vésicale. Si, d'autre part, l'abcès était ouvert du côté de l'intestin, la vessie et le cæcum sont en communication par un trajet fistuleux. La conséquence de cet accident est la migration possible du contenu intestinal par la vessie. C'est ainsi qu'on a vu s'éliminer par l'urètre des matières fécales, des gaz intestinaux produisant « une miction musicale », des pépins de fruits, des corps étrangers divers avalés par le malade, des parasites intestinaux.

En somme, le retentissement de l'appendicite sur l'appareil urinaire peut suivre plusieurs modalités. Les lésions de l'appareil urinaire sont créées par le rapprochement anatomique normal de l'appendice, par la contiguïté anatomique anormale ou par des lésions d'origine infectieuse qui se propagent de l'appendice aux divers segments de l'appareil urinaire, soit directement, soit par l'intermédiaire de tissus voisins qui les séparent (péritoine, tissu cellulo-conjonctif).

SYMPTOMES URINAIRES AU COURS DE L'APPENDICITE

Au cours d'une appendicite l'attention du clinicien peut être attirée du côté de l'appareil urinaire par divers symptômes plus ou moins bruyants, pouvant même dominer la scène et égarer plus ou moins le diagnostic.

On peut d'abord rencontrer le tableau plus ou moins complet d'une néphrite ou d'une pyélonéphrite : pyurie, douleurs, tuméfactions rénales, accompagnées de phénomènes généraux. Tels sont les deux cas que nous rapportons dans nos observations et qui se sont présentés à M. le professeur Soubeyran. Le premier de ces deux malades présentait des douleurs très aiguës dans la région lombaire droite, une tuméfaction et un empâtement au niveau du rein droit, très sensible et très douloureux. Les urines étaient purulentes et hémorragiques. Chez le second, le point de Bazy était douloureux, les urines étaient troubles et l'examen cystoscopique révéla une congestion de la muqueuse vésicale au niveau de l'orifice urétéral droit. Le tout disparut après ablation de l'appendice.

Dans les autres observations on ne trouve pas de phé-

nomènes urinaires aussi nets du côté de l'uretère ou du bassinet ; c'est plutôt la vessie qui était intéressée par le processus appendiculaire.

La vessie réagit différemment suivant qu'elle est plus ou moins touchée par l'inflammation. Tout d'abord, sans que l'infection agisse directement sur elle, il peut se produire de la rétention d'urine, comme il s'en produit d'ailleurs dans un grand nombre d'affections, en dehors de l'appendicite. C'est là un phénomène d'ordre réflexe sur lequel l'attention a été attirée par Guyon.

Dans d'autres cas on rencontre une rétention d'urine opiniâtre, ou des mictions très difficiles. Ce sont des manifestations de la paralysie vésicale, dues à l'inflammation du péritoine et du tissu cellulo-conjonctif périvésical, à la péricystite.

Tel est le cas de ce malade de Le Filiâtre, dont la dysurie, qui datait de 12 ans, disparut après l'opération de l'appendicite.

On rencontre aussi des malades atteints d'appendicite et présentant des mictions fréquentes douloureuses. Leurs urines contiennent du pus, des débris de muqueuse sphacélés, quelquefois du sang. Ce sont les signes de la cystite, de l'inflammation plus ou moins complète des tuniques vésicales. On en trouve plusieurs exemples dans les observations que nous rapportons.

Ou bien c'est un malade qui, au moment d'un effort ou sans raison apparente, est pris tout à coup d'un besoin d'uriner impérieux : il rend une quantité considérable de pus : il se produit une « vomique » urétrale. Les urines, troubles, présentent une odeur fétide, fécaloïde le plus souvent. C'est là le tableau habituel de la perforation vésicale.

Si le foyer purulent communiquait chez ce malade

avec le cæcum, il sera porteur d'une fistule vésico-intestinale. Quels symptômes nous permettront d'affirmer l'apparition de cet accident ? C'est d'abord la pyurie, pyurie moins abondante que dans le cas précédent, moins continue, le pus étant mélangé aux urines. On rencontre quelquefois des hématuries. Parfois on note des émissions de gaz par l'urètre ; cette pneumaturie survient généralement à la fin de la miction. Enfin l'urine peut contenir des matières fécales, des aliments non digérés, des corps étrangers ou des parasites provenant de l'intestin.

Certains symptômes physiques permettent de soupçonner au cours d'une appendicite une complication urinaire du côté de la vessie. A l'inspection, on perçoit parfois, en regardant à jour frisant l'abdomen, une différence de niveau entre le côté droit et le côté gauche. Le palper bimanuel et la percussion permettent de percevoir dans la région appendiculaire un gâteau d'adhérences péritonéales, mat à la percussion, orienté vers la vessie. Le toucher vaginal ou rectal révèle quelquefois un abcès paravésical.

Enfin, il peut être quelquefois utile de pratiquer un examen cytologique et bactériologique des urines du malade et de faire une cystoscopie.

Au point de vue cytologique, on trouve de nombreux leucocytes et des globules de pus (Person, Therig, Otto). Münnich a reconnu aussi des particules du contenu intestinal. Musham a rencontré des cellules végétales ; Therig, des débris de muqueuses vésicales ; Michel, des cellules épithéliales. On peut ainsi déceler une fistule passée inaperçue.

Au point de vue microscopique, on a surtout rencontré le bacterium coli commune des streptocoques.

Les résultats de la cystoscopie sont variables suivant les lésions auxquelles on a affaire. On peut voir un abcès pelvien bomber dans la vessie. La cystoscopie pratiquée par M. le Dr Desmonts a montré la muqueuse vésicale congestionnée au pourtour de l'orifice urétéral droit.

DIAGNOSTIC

Parmi les symptômes urinaires que nous avons décrits au chapitre précédent, certains peuvent avoir une autre origine que l'inflammation de l'appendice iléo-cæcal, et, avant d'incriminer cet organe, il importe d'éliminer les autres hypothèses.

Les deux malades opérés par M. le professeur Soubeyran présentaient des signes de pyélonéphrite : douleurs dans la région rénale droite, tuméfaction, pyurie. On aurait pu croire dans ces deux cas que ces phénomènes étaient dus à une lésion primitive de l'uretère droit. Mais la constatation du signe de Mac Burney, l'empâtement et la tuméfaction de cette région, la coïncidence de ces manifestations urinaires avec des troubles digestifs intermittents, leur localisation à droite, ont permis de rapporter la pyélite à des phénomènes de compression de l'uretère droit par l'appendice enflammé.

Quand il s'agit de phénomènes de rétention d'urine, l'appareil urinaire étant reconnu sain, il faudra faire le diagnostic entre les diverses rétentions d'origine réflexe : l'appendicite étant reconnue, il sera facile d'établir les

relations de cause à effet entre cette maladie et la rétention.

Si l'on observe les symptômes de péricystite ou de cystite, il faudra en reconnaître l'origine appendiculaire. Dans ce cas, le toucher pratiqué par le rectum ou le vagin combinés à la palpation abdominale permettront de sentir une masse molle, fluctuante, rénitente ou dure, en contact avec le réservoir urinaire, se prolongeant vers la fosse iliaque droite. On apprend que les troubles urinaires n'existaient pas avant l'attaque appendiculaire. Mais l'abcès périvésical peut aussi prendre son origine à d'autres sources. Il peut être dû à une ancienne cystite, à une prostatite suppurée, à une cellulite pelvienne d'origine rectale. Il sera généralement facile d'éliminer ces diverses hypothèses. Il en est autrement s'il s'agit d'une femme. Chez celle-ci, l'annexite retentit sur la vessie d'une façon analogne à celle de l'appendice. On peut, par exemple, se trouver en présence d'une femme présentant à la fois des troubles digestifs et vésicaux, et accusant une douleur dans la région iliaque droite ; à l'examen, on constate à ce même niveau une tuméfaction qui plonge dans le bassin où elle remplit le cul-de-sac vésico-ultérin ; le diagnostic devient, dans ce cas, très hésitant ; seule l'étude attentive des antécédents génitaux et intestinaux de la malade permet de diriger le diagnostic vers l'un ou l'autre sens.

Comment reconnaître l'existence d'une fistule vésicale d'origine appendiculaire ? Le diagnostic sera plus ou moins facile suivant le mode de début. Si les troubles de la miction ont éclaté après le développement d'un empiètement au voisinage de la vessie, chez un malade présentant des signes évidents d'appendicite, et s'il rend spontanément du pus fécaloïde par son urètre, la cause

de ces troubles est facile à reconnaître. Mais même dans ce cas il sera bon de s'assurer que la cause est bien appendiculaire. On examinera les annexes de l'utérus. On songera à une lésion de l'intestin qui aurait pu, par propagation, perforer la vessie : un cancer intestinal, une tuberculose intestinale, une syphilis intestinale, une actinomycose intestinale.

Dans d'autres cas, l'appendicite passe inaperçue, la perforation n'est pas reconnue d'emblée. Le malade présente de la cystite, des urines troubles, de la pyurie, quelquefois des urines hémorragiques. On pourra confondre la perforation vésicale avec une affection urinaire quelconque : urétrite antérieure, urétroprostatite, cystite blennorragique ou tuberculeuse, néoplasme vésical, tuberculose ou cancer du rein. Dans ces cas, la cystoscopie sera généralement nécessaire et permettra de reconnaître la fistule.

PRONOSTIC

Nous n'avons pas à envisager ici le pronostic de l'appendicite, mais seulement les conséquences possibles d'une complication urinaire survenue au cours de cette maladie.

Les phénomènes urétéraux sont bénins s'ils ne sont dus qu'à la compression par la tumeur appendiculaire. Dès que l'appendice est enlevé, la guérison est obtenue. Ainsi le montrent les deux cas de M. le professeur Soubeyran. Mais, si on n'intervient pas rapidement, il peut se produire des adhérences avec l'uretère, il peut se produire même une perforation urétérale. Le pronostic est alors très grave.

La rétention réflexe d'urine ne présente pas une grande gravité par elle-même, mais elle peut précéder la cystite et la perforation vésicale.

La cystite est généralement bénigne et cède rapidement au traitement vésical, mais elle peut être suivie de perforation.

La perforation vésicale présente un pronostic plus sévère. Elle peut dans certains cas guérir spontanément : il peut même arriver que cette complication soit une

terminaison naturelle de l'appendicite dont le foyer purulent se trouve ainsi évacué. Mais le plus souvent la fistulisation est rapidement fatale. Il faut tenir compte de l'état défavorable apporté à la nutrition du malade par l'existence de la fistule, de la résistance du sujet et de son état antérieur. Le traitement chirurgical a amélioré le pronostic dans une grande mesure.

TRAITEMENT

Fidèle aux traditions de l'Ecole montpelliéraine, nous essaierons d'appliquer aux traitements des diverses complications urinaires de l'appendicite les principes de l'analyse clinique auxquels, au cours de nos études, nous fûmes initié par M. le professeur Vires.

Cette analyse clinique va nous permettre de dissocier les éléments morbides qui constituent les phénomènes pathologiques qui nous occupent.

Nous nous adresserons d'abord aux manifestations symptomatiques.

Contre la rétention d'urine nous aurons recours au cathétérisme en prenant les précautions antiseptiques habituelles.

Contre la douleur nous emploierons les médications analgésique et sédative : opium, sous forme de cataplasmes laudanisés ou en suppositoires, injections de morphine, belladone, applications de glace, bains tièdes locaux, suivant les cas.

Aux hématuries, nous opposerons la médication hémostatique. On pourra faire de la révulsion, ou mieux de la dérivation. On emploiera les médicaments coagula-

teurs généraux : chlorure de calcium, sérum gélatiné, les diverses préparations d'ergot de seigle.

Contre la fièvre, nous utiliserons les diverses substances antithermiques, et dans certains cas nous ferons appel à la balnéothérapie.

Poussant plus loin l'analyse, nous essayerons de remonter à la lésion et de discerner quel est l'organe atteint, afin d'agir plus directement sur lui.

Contre la congestion rénale, nous pourrons appliquer des sangsues ou des ventouses scarifiées dans le triangle de J.-L. Petit.

Nous essayerons de désinfecter la muqueuse des voies urinaires en administrant à l'intérieur des substances antiseptiques : benzoate de soude, salol, urotropine, helmithol.

Il sera indiqué d'intervenir par une large incision avec drainage lorsqu'on se trouvera en présence d'un abcès périnéphrétique ou périurétéral.

S'il y a des phénomènes de cystite, on fera des lavages de la vessie avec des solutions antiseptiques. S'il existe de la péricystite, on pourra encore appliquer des sangsues sur la région.

En présence d'une tuméfaction périvésicale constituée par une collection purulente, on devra intervenir. Suivant le siège de l'abcès, on l'abordera par voie abdominale, rectale ou vaginale.

L'évacuation du pus sera encore souvent suffisante pour amener la guérison d'une fistule vésicale sans communication avec l'intestin ; mais, dans le cas contraire, une fistule vésico-intestinale nécessitera une intervention plus complexe. Les procédés opératoires employés dans ce cas sont très variés. Ils ont été passés

en revue par Chavannaz et par Tuffier-Dumont, et il est inutile de les décrire ici.

Certaines indications thérapeutiques pourront être tirées de l'état des forces du malade. Il faudra dans certains cas donner des stimulants, faire des injections d'huile camphrée par exemple. Chez d'autres malades, il faudra soutenir le cœur, en faisant appel à la médication toni-cardiaque : caféine, spartéine.

Enfin, l'indication thérapeutique la plus efficace sera tirée de la pathogénie. C'est en enlevant l'appendice enflammé, source qui a donné naissance à l'infection des divers segments de l'appareil urinaire, qu'on fera disparaître les troubles de cet appareil. C'est ce qui a été fait par M. le professeur Soubeyran dans les cas d'appendicite compliquée de phénomènes urinaires qui se sont présentés à lui. La guérison complète des troubles de l'appareil urinaire a été la conséquence de l'intervention chirurgicale sur l'appendice.

En somme, en dehors de certains symptômes qui peuvent être la source d'indications thérapeutiques spéciales, les complications urinaires de l'appendicite nécessiteront le plus souvent la laparotomie, suivie d'opérations variables suivant les cas.

CONCLUSIONS

I. — L'inflammation de l'appendice iléo-cæcal peut retentir sur les organes urinaires, soit au niveau du rein, de l'uretère ou du bassinet droits, soit au niveau de la vessie. Celle-ci peut être atteinte directement par l'appendice enflammé ou à distance par une collection purulente d'origine appendiculaire.

II. — Au niveau de l'uretère, des phénomènes de compression par la tumeur appendiculaire peuvent donner naissance à des symptômes de pyélo-néphrite. Il peut se produire, en outre, des adhérences entre cette tumeur et l'uretère ; à ces adhérences peut faire suite une perforation.

Du côté de la vessie, le voisinage d'un abcès appendiculaire peut donner naissance à de la péricystite, de la cystite, une perforation vésicale, une fistule vésico-intestinale.

III. — Cliniquement, ces diverses complications se traduisent par de la douleur et une tuméfaction au niveau du rein droit, de la pyurie, des hématuries, de la

rétention d'urine, de la dysurie, des urines troubles ou franchement purulentes, de la stercorurie et des mictions musicales.

IV. — Il n'est pas toujours facile de rapporter ces phénomènes urinaires à leur véritable cause. La palpation abdominale, jointe au toucher rectal ou vaginal, facilitera le diagnostic étiologique. On devra tenir compte des antécédents pathologiques. L'examen microscopique et bactériologique des urines, ainsi que la cystoscopie, rendront de grands services.

V. — Le pronostic sera basé sur la nature de la lésion, l'état général du malade et la possibilité d'une intervention chirurgicale.

VI. - En dehors de certains symptômes ou de quelques lésions susceptibles de médications thérapeutiques particulières, les complications urinaires de l'appendicite nécessiteront le plus souvent la laparotomie suivie d'opérations spéciales suivant les cas.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 21 février 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 février 1913.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. — Société médic., des hôpit., 1894.

BALDWIN. — Broocklyn med. Journal, 1891.

BARNSBY. — Thèse Paris, 1898.

— Société anatomique, 1898.

BAZY. — Abcès pelviens ouverts dans la vessie (Rev. de gyn. et de chir. abd. Paris, 1898).

BERTHELIN. — Thèse de Paris, 1895.

BOIFFIN. — Société de chirurgie (Bulletin de 1891).

BÉRA. — Thèse de Paris, 1900.

BOUILLY. — Semaine gynécologique, 1897.

BRUN. — Société de chirurgie, 1895.

— Presse médicale, 1896.

CAILLET. — Thèse de Paris, 1912.

CHAPON. — Thèse de Paris, 1900.

CHAVANNAZ. — Annales des malad. des org. génit.-urinaires, 1897.

COE. — New-York policlinics, 1894.

DAMIEN-MASSON. — Thèse de Paris, 1898.

DAVAT. — Bulletin de la Société anatomique. Paris, 1873.

DELAGENIÈRE. — Congrès de chirurgie, 1897.

Dieulafoy. — Manuel de pathol. int., 1897.

— Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1898.

Dormoy. — Thèse de Lyon, 1897.

Esnault. — Thèse de Paris, 1897.

Fitz (Reginald). — Boston med. and surg. Journal, 1888.

Fowler (G.-R.). — Journal of the Americ. med. Assoc., 1897.

Gerster. — The Boston med. and surg. Journal, 1888.

Goode (Henry). — Brit. med. Journ. London, 1864.

Guyon. — Leçons cliniques, art. Miction.

Hallé. — Annales des organes génito-urinaires, 1892.

Jervelle. — Communication à la Société de chirurgie de Christiana, 1895.

Johnson (J.-H.). — Medico-chir. Review, 1837.

Keen (W.-W.). — Trans Am. Surg. Ass. Philadelphie, 1898.

Kingdon (W.). — Medico-chir. Review, 1842.

Koersch. — Société chirurg. de Liège, 1897.

Krackowiser. — The medical Record. New-York, 1867.

Lafforgue. — Journal international d'anatomie, 1893.

Lancien. — Thèse de Paris, 1899.

Le Filiatre. — Société anatomique Paris, 1900.

Legueu. — Société anatomique Paris, 1892.

— De l'appendicite, 1897.

Leroy. — Thèse de Paris, 1897.

Ménière. — Archives de médecine, 1828.

Michel (G.) et Gross (G.). — Société de méd. de Nancy, 1903.

Monod et Vanverts. — De l'appendicite, 1897.

Morgan (J.). — Med. chir. Trans. London, 1865.

Munnich. — Monatschr. f. Geburtskunde, 1863.

Musham (Richard). — Mitteil. aus d. Greuzgeb. d. Med. u. Chir. Iéna, 1903.

Nichl. — Thèse Munich, 1892.

ŒSTERLEN (Otto). — Inaug. Dissert. Berlin, 1896.

PERCY (Allan). — Brit. med. Journ. London, 1900.

PERSON. — Thèse Paris, 1906.

PIARD. — Thèse Paris, 1896.

POIRIER. — Traité d'anatomie.

POZZI. — Société de chirurgie, 1888 et 1890.

RECLUS. — Bulletin de l'Acad. de méd., 1896.

ROCHESTER. — Trans. Am. med. Assoc., 1879.

ROUTIER. — Société de chirurgie, 1895.

ROUX. — Revue de la Suisse Romande, 1890.

SALZER et REULING. — Deutsche Klinik, 1855.

SCHWARTZ. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1894.

SÉDILLOT. — Annales de chir. franç. et étrang. Paris, 1841.

STEDMANN. — The Boston med. and surgical Journal, 1888.

STONE. — Ann. Surg. Philadelphie, 1904.

TERRIER. — Société de chirurgie, 1890.

TESTUT. — Traité d'anatomie.

THERIG. — Centralbl. f. innere Med., 1894.

TILLAUX. — Leçons de clinique chir., 1895-1897.

TRÈVES. — British med. Journal, 1885.

TUFFIER. — Semaine médicale, 1894.

— Archives générales de méd., 1887.

TUFFIER et DUMONT. — Revue de gynéc. et de chir. abd., 1898.

VELTEN. — Thèse de Lyon, 1895.

VLADOFF. — Thèse de Lyon, 1898.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-Propos	IX
Historique	11
Observations	14
Anatomie pathologique et pathogénie	31
Symptômes urinaires au cours de l'appendicite	35
Diagnostic	39
Pronostic	42
Traitement	44
Conclusions	47
Bibliographie	49

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MARQUE SYNDICALE FÉDÉRATION DU LIVRE

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE